N° 202.

QUELQUES

OBSERVATIONS

POUR SERVIR

A L'HISTOIRE DE L'ARTÉRITE,

OU INFLAMMATION DES ARTÈRES;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 29 juillet 1819, pour obtenir le grade de Docteur en médecine;

Par Éloi DALBANT, de Grenoble,

Département de l'Isère;

Ex-Chirurgien Aide-Major; ex-Elève interne des hôpitaux de Paris et de Grenoble, et Prosecteur d'anatomie à l'Ecole de médecine de cette dernière ville; Membre émérite de la Société d'instruction médicale.

Ars medica tota in observationibus.
Fr. Hoffmann.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER.
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY, *Examinateur.*
M. PINEL, *Examinateur.*
M. RICHARD, *Examinateur.*
M. THILLAYE, *Examinateur.*
M. DES GENETTES, *Examinateur.*
M. DUMERIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND.
M. VAUQUELIN, *Président.*
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN.
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN.
M. ORFILA.

AU MEILLEUR DES PÈRES,

ET

A LA PLUS TENDRE DES MÈRES.

Je voudrais vous exprimer ici tout mon respect, tout mon amour, toute ma reconnaissance; mais le langage est muet quand le cœur sent trop fortement.

A MONSIEUR

LE PROFESSEUR DUPUYTREN;

Puisse cet essai lui prouver que j'ai retiré quelque fruit de ses savantes leçons cliniques!

E. DALBANT.

QUELQUES

OBSERVATIONS

POUR SERVIR

A L'HISTOIRE DE L'ARTÉRITE,

OU INFLAMMATION DES ARTÈRES (1).

L'inflammation du système artériel est généralement regardée comme très-rare. Ce n'est pas qu'on ne trouve souvent, à l'ouverture des cadavres, la membrane interne des artères plus ou moins rouge; mais la plupart des médecins attribuent cet effet à une cause purement cadavérique. Il me semble qu'on a trop négligé ce genre d'altération : il est même assez rare qu'après l'examen des principaux viscères, on s'avise de constater l'état des vaisseaux. Je vais rapporter quelques faits qui prouveront peut-être que non-seule-

(1) On verra par les observations que je rapporte qu'il y a beaucoup d'analogie entre l'inflammation générale du système artériel et celle du système veineux. Cependant il existe entre l'une et l'autre des différences assez nombreuses pour qu'on doive les distinguer par des noms différens.

ment la rougeur des artères est une véritable inflammation, mais encore que cette inflammation est assez fréquente et assez grave pour mériter l'attention des praticiens.

I.re obs. *Inflammation des vaisseaux artériels et veineux terminée par suppuration dans les premiers.* Raphaël Vastel, cordonnier, âgé de soixante-huit ans, d'une bonne constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, entra à l'Hotel-Dieu le 23 mars 1818 pour un ostéo-sarcome de la mâchoire supérieure. Le mal s'étendait d'une dent conoïde à l'autre, et se terminait en pointe, en arrière, à peu près vers le milieu de la voûte palatine. Quoique la peau du nez parût saine, la dureté de cette partie, les fongosités qui s'élevaient de sa face interne et du plancher des fosses nasales, la destruction du bord antérieur de la cloison, indiquaient assez ce qu'il fallait extirper pour qu'on pût espérer la guérison d'un si grand mal.

Je regrette de ne pouvoir pas rapporter ici les excellentes raisons qui ont décidé M. le professeur *Dupuytren* à entreprendre cette belle opération. Je me contenterai de dire que toute la partie molle du nez, la partie correspondante de la lèvre supérieure, tout ce qui était ramolli de l'arcade alvéolaire et de la voûte palatine, ainsi que le bord antérieur de la cloison érodée, furent extirpés. Toutes les artères furent liées ou cautérisées, et l'on finit par réunir les deux lambeaux de la lèvre supérieure comme dans le bec de lièvre. Par sa nature comme par sa nouveauté, cette opération devait être longue et douloureuse; elle le fut. Le malade cependant la supporta avec beaucoup de courage.

Le premier et deuxième jour de l'opération, pouls naturel, sentiment intérieur de bien-être, un peu de sommeil pendant la nuit. (Look blanc avec sp. diac. ℥ j ; tis. vin.)

Le troisième jour, il se manifesta un peu d'œdème à la face, aux environs de la plaie, et le soir il y eut un frisson avec tremblement pendant une heure; le frisson fut suivi de chaleur et de sueur, et le malade dormit pendant une grande partie de la nuit.

Le quatrième jour au matin, dégoût pour les alimens, nausées, soif vive, haleine fétide, langue humide, sale, avec une teinte noire due à la tisane vineuse; peau chaude et sèche; pouls fréquent. (Diète, inf. till. miellée pour gg., lim. vin., look.)

Le soir, le pouls était dur et plus fréquent, le malade disait éprouver un mal qu'il ne pouvait définir, et dont il ne pouvait préciser le siége. (E. *Seltz;* gom. sp. gom. ℥ ß.) Il dormit la plus grande partie de la nuit.

Le cinquième et sixième jour, les symptômes précédens étaient moins marqués; le pouls, moins fréquent, se rapprochait de son type naturel, ainsi que la chaleur de la peau. Cependant le sixième jour, il survint une légère céphalalgie et un sentiment de gêne dans la poitrine. (Bain de pieds, till. orang.; e. *Seltz*)

Le septième jour, la céphalalgie avait disparu, mais le sentiment de gêne dans la poitrine persistait; il était accompagné de nouvelles nausées et d'un dégoût extrême pour toute espèce d'aliment : une légère teinte rouge nuançait l'œdème de la face; il y eut quelques frissons irréguliers. Cependant la nuit fut assez bonne.

Le huitième jour, le pouls reprit de la fréquence, et devint serré; les frissons reparurent le matin. Il y eut une douleur momentanée et vague à la partie postérieure du cou. L'érysipèle œdémateux avait un peu augmenté. (Tis. vin.)

Le soir, sentiment de faiblesse générale, pouls fréquent, intermittent, irrégulier.

Le neuvième jour au matin, tremblement involontaire de la mâchoire inférieure, diminution de l'érysipèle œdémateux; le pouls conservait de la fréquence, mais avait perdu de son irrégularité. Du reste, même état. (Tis. vin. faite avec un excellent vin, pot. avec l'extr. de val. et le ki.)

Pendant la journée, il se manifesta dans la région ombilicale une légère douleur, qui augmentait par la pression; la respiration devint un peu fréquente; il y eut une rare et difficile expectoration.

de matières muqueuses sales, et la langue commença à se sécher. Le malade disait se sentir bien mal, et son *facies* général l'indiquait; mais, à cela près, il n'y avait pas encore de symptômes alarmans. (Le soir, on remplaça les toniques par e. *Seltz* gom. et le look blanc avec kerm. 1 grain.) Insomnie complète pendant la nuit.

Le dixième jour, huit heures du matin, langue très-sèche, brune, écailleuse au milieu, humide à sa pointe et sur ses bords; haleine fétide, soif intense; toujours douleur à la partie moyenne de l'abdomen; respiration difficile, fréquente, râleuse, la poitrine sonnant bien; pouls très-inégal, petit, fréquent et intermittent; peau médiocrement chaude et moite; abattement, faiblesse extrême, voix presque éteinte; mort à neuf heures du matin.

Ouverture du cadavre vingt-cinq heures après la mort.

Habitude extérieure. Peau généralement brune, un peu jaune, maigreur commençante.

Tête. Réunion par première intention des deux lambeaux de la lèvre supérieure : aucune trace d'affection cancéreuse sur les parties molles ou osseuses divisées, les premières offrant déjà des bourgeons celluleux et vasculaires d'un rouge vermeil. Rien de particulier dans le crâne et le canal rachidien.

Appareil digestif. Membrane muqueuse digestive partout d'un blanc gris jaunâtre, excepté dans le grand cul-de-sac de l'estomac, où elle offrait une plaque rouge de la largeur de la paume de la main. Cette membrane était soulevée dans le duodénum, près du pylore, par un petit nombre de petites tumeurs dures, blanchâtres, presque homogènes, difficiles à couper, de la grosseur d'un pois. Un petit kyste rempli d'une sérosité jaunâtre se trouvait à la partie supérieure du rein droit.

Appareil respiratoire. Les deux poumons sains, crépitans, un peu gorgés à leur partie postérieure d'une sérosité rouge très-spumeuse; tubercules crus en petit nombre au sommet du poumon

droit ; une très-petite quantité de sérosité trouble dans la cavité de la plèvre droite : quelques lambeaux très-ténus d'albumine concrète sur le bord postérieur du poumon du même côté; injection du tissu cellulaire sousjacent à la portion de plèvre costale correspondante à ce bord du poumon.

Appareil circulatoire. Petite quantité de sérosité rougeâtre épanchée dans le péricarde. La membrane interne des cavités gauches du cœur, les valvules mitrales et sigmoïdes étaient très-rouges, et en même temps épaissies et opaques. Toute l'aorte et ses divisions, jusqu'aux artères radiales et poplitées, présentaient à leur surface interne une rougeur écarlate, plus foncée aux artères crurales qu'aux artères brachiales, et dans certains points de l'aorte que dans d'autres. Cette rougeur s'étendait en s'affaiblissant à toute l'épaisseur des parois de ces vaisseaux. A la courbure de la crosse de l'aorte, dans une étendue égale à peu près à une pièce de vingt sols, la membrane interne était séparée de la tunique moyenne et soulevée par une matière jaune-blanchâtre, homogène, un peu grumeleuse cependant, et assez consistante. Au-dessus et au-dessous de ce foyer manifestement purulent, en existaient beaucoup d'autres moins considérables. La membrane interne des artères était généralement épaissie et très-molle; elle se divisait avec la plus grande facilité en plusieurs feuillets (1).

La membrane interne et les valvules des cavités droites du cœur étaient un peu moins rouges que celles des cavités gauches. L'artère pulmonaire l'était aussi moins que l'aorte. La membrane interne des veines offrait un rouge tirant sur le violet; ces vaisseaux renfermaient beaucoup de sang, tandis que les artères en contenaient très-peu.

(1) La membrane interne des artères, dans l'état sain, n'est pas composée d'une seule lame ; elle est également formée de plusieurs feuillets, mais moins nombreux, et plus difficiles à séparer.

Réflexions. La nature de l'inflammation est parfaitement ignorée : on n'a pour la reconnaître que quelques caractères physiques; et partout où ces caractères se rencontrent, on dit qu'il y a inflammation. Quel est le médecin qui, voyant dans un organe quelconque de la rougeur, une augmentation d'épaisseur et du pus, n'affirmerait pas que cet organe est enflammé ? Dans le cas ci-dessus, les vaisseaux artériels et veineux étaient rouges, la membrane interne des artères était épaissie; dans certains points de l'aorte se trouvaient des foyers de pus : il faut donc admettre ici une véritable inflammation des vaisseaux sanguins, terminée par suppuration dans les premiers. La membrane interne et les valvules du cœur étaient aussi enflammées, puisqu'elles étaient également rouges et épaissies.

Cette inflammation me paraît être la seule cause qui puisse expliquer les symptômes remarquables qui, à dater du huitième jour de l'opération, se sont développés si rapidement, après avoir été, pour ainsi dire, incertains dans leur début. La pleurésie, fort peu étendue et commençante du côté droit, était trop légère pour les avoir fait naître à elle seule. La plaque rouge, circonscrite de l'estomac, peut tout au plus rendre raison de l'embarras gastrique qui a précédé ces symptômes. Les petits tubercules du duodénum et du poumon, et le kyste séreux du rein droit y étaient à coup sûr étrangers. Le léger érysipèle œdémateux de la face tenait évidemment à la plaie de cette partie; et d'ailleurs il allait en diminuant vers la fin de la maladie. Mais à quoi tenait ce malaise général et indéfinissable; la fréquence, la petitesse, l'irrégularité du pouls; le tremblement involontaire de la mâchoire inférieure; ce sentiment de gêne et d'embarras dans la poitrine, sans que d'abord la respiration en fût accélérée; l'altération si prompte ensuite de cette fonction, quoique avec une pleurésie si légère; cette douleur de la région ombilicale, et surtout cette prostration si rapide des forces ?

Un des trois cas d'inflammation des artères observé par

M. *Hodgson* (1), était sans doute une autre exemple de l'infiltration purulente entre les membranes artérielles, occasionnée par cette maladie. « L'aorte, dit-il, était *d'une couleur écarlate foncée.* « Le médiastin postérieur était rempli de sérosité, et un peu au- « dessus des valvules sémilunaires, le tissu cellulaire qui unit « entre elles les membranes de l'aorte *était distendu par de la* » *lymphe.* » Mais cet auteur ne rapporte ni les symptômes de la maladie, ni les autres détails de l'ouverture cadavérique.

II.ᵉ OBS. *Inflammation des principaux troncs artériels avec épaississement considérable de la membrane interne dans certains points.* — Une blanchisseuse, âgée de soixante ans, presque décrépite, se laissa tomber dans la Seine en lavant du linge. Retirée de l'eau et transportée à l'Hôtel-Dieu, elle ne tarda pas à se remettre de l'état de stupeur dans lequel sa chute l'avait plongée. Mais bientôt elle éprouva tous les symptômes d'une pleuro-péripneumonie. Ces symptômes se dissipèrent assez promptement, à l'excep- [illegible]p en dant de la toux qui donnait lieu à des quintes assez fortes et assez fréquentes.

Au milieu d'une de ses quintes, elle sentit grossir une tumeur qu'elle portait depuis long-temps à l'aine droite. C'était une hernie crurale de la grosseur d'un œuf de pigeon, jusqu'alors réductible et indolente, mais qui devint tout à coup irréductible et très-douloureuse. Des coliques, des nausées, des vomissemens, tous les symptômes, en un mot, de l'étranglement, ne tardèrent pas à se manifester. Vingt-quatre heures après, la malade fut transportée des salles de médecine dans la salle de chirurgie, où M. *Dupuytren* pratiqua sur-le-champ l'opération : elle ne présenta rien de remarquable que la promptitude de l'exécution.

---

(1) Maladies des artères et des veines, par M. *Hodgson*, trad. par M. *Bréchet*, t. 1, p. 6.

La malade passa une bonne nuit; les vomissemens cessèrent, et les selles se rétablirent.

Le lendemain, vers le milieu du jour, les vomissemens reparurent, quoique les selles continuassent : le ventre, sans être tendu, était légèrement douloureux aux environs de la plaie. Il y avait peu de soif, peu de chaleur; mais le pouls était petit, fréquent et serré. Le soir, on prescrivit vingt-cinq sangsues sur le ventre, et une saignée de deux palettes.

Le troisième jour, continuation des vomissemens; toutes les boissons, excepté l'eau vineuse, étaient promptement rejetées. Même état du ventre; traits affaisés faisant ressortir davantage la décrépitude; faiblesses extrême. A l'approche de la nuit, affaisement général, voix éteinte, pouls insensible, froid des extrémités; mort à neuf heures du soir.

Ouverture du cadavre quarante-huit heures après la mort.

Etat extérieur : maigreur, flaccidité générale.

Le péritoine n'avait que légèrement perdu de sa transparence. On trouva épanché dans la cavité du petit bassin un demi-verre environ d'une sérosité trouble, tenant en suspension de petits flocons d'albumine concrète. La membrane muqueuse digestive était parfaitement saine. On ne put découvrir la portion d'intestin qui avait été étranglée.

Tout était sain dans le crâne et le rachis. Les poumons et le cœur ne présentaient rien de particulier.

L'aorte et ses principales divisions offraient à leur intérieur une couleur rouge écarlate des plus vives. Cette couleur s'étendait en s'affaiblissant à toute l'épaisseur des parois artérielles. La membrane interne de l'aorte était généralement plus épaisse que dans l'état naturel. Elle présentait çà et là de petites tumeurs de trois à quatre lignes de haut vers leur centre, et de cinq à six lignes de diamètre. Ces tumeurs se trouvaient principalement près des orifices des divisions de l'artère. Au premier aspect, on aurait pu croire

qu'elles étaient dues à de petits amas de sang épanché et coagulé au-dessous de la membrane interne ; mais, dans le fait, elles ne tenaient qu'à l'épaississement plus considérable de cette membrane, qui là, comme ailleurs, était formé de plusieurs lames superposées, très-molles, susceptibles de se diviser encore en lamelles. Les plus intérieures de ces lames paraissaient aussi lisses que la surface interne de l'artère : en les séparant, on rompait évidemment de très-petits liens filamenteux qui les unissaient. Les fibres de la membrane moyenne étaient plus molles et plus apparentes que dans l'état ordinaire ; en râclant cette membrane avec le scalpel, on les détachait assez facilement sous la forme de lambeaux membraneux. Enfin la tunique celluleuse était remarquable par une couleur rouge assez foncée, et par l'injection très-marquée des artérioles qui la pénètrent.

La membrane interne des veines avait sa blancheur ordinaire.

Réflexions. Il y a beaucoup d'analogie, ce me semble, entre cette observation et la précédente. On y voit d'abord que des causes à peu près les mêmes ont dû porter une vive irritation sur les systèmes nerveux et sanguin : ces causes sont, pour les deux malades, les douleurs de l'opération, et de plus, pour la femme, celles de l'étranglement. L'opération, chez celle-ci, avait été très-courte à la vérité, mais elle n'en avait pas ébranlé moins fortement une constitution déjà très-affaiblie.

Comme la pleurésie dans le premier cas, la péritonite, dans le deuxième, a été très légère. L'ouverture du cadavre l'a prouvé, puisqu'on n'a trouvé qu'une médiocre quantité de sérosité purulente dans le petit bassin. Les symptômes de la péritonite étaient en effet peu marqués ; le ventre n'était ni tendu ni météorisé ; le voisinage de la hernie était seul douloureux à la pression ; les selles continuaient. Les vomissemens, il est vrai, étaient très-répétés ; mais comme ils ne tenaient pas à l'irritation spéciale de l'estomac, et que, par conséquent, ils étaient sympathiques, ils pouvaient tout aussi-bien l'être d'une autre lésion que de la péritonite. D'où

dépendait donc cette profonde altération des forces, cette petitesse du pouls, et pourquoi une mort si prompte? Serait-ce trop hasarder que d'en voir la cause dans la vive inflammation des artères?

Cette idée répugnera au premier abord, parce qu'on regarde généralement, d'après *Bichat*, les artères comme douées de peu de vitalité, et comme n'ayant par conséquent que très-peu d'influence sympathique sur les autres organes. Mais qu'on veuille bien réfléchir aux connexions intimes des ces vaisseaux avec les nerfs des ganglions. Non-seulement la plupart de ces nerfs environnent immédiatement les gros troncs artériels, mais encore ils finissent par pénétrer dans leur tissu et s'y confondre; tellement qu'il est vrai de dire que les artères portent en même temps à presque tous les organes, et le sang qui les alimente, et le principe nerveux qui les vivifie. S'il en est ainsi, le moindre changement de structure dans ces vaisseaux entraînera un changement analogue dans les nerfs qui concourent à les former; et il est facile de concevoir comment une inflammation du système artériel pourra être une maladie grave. J'ajouterai que, quel que soit l'usage des artères dans la circulation, elles doivent mal le remplir, lorsqu'elles sont ainsi altérées.

Les mêmes raisons qui me font croire que l'inflammation des artères doit être très-dangereuse me font penser que celle des veines doit l'être beaucoup moins. Ces vaisseaux n'ont aucun rapport immédiat avec les nerfs des ganglions (1); leur importance dans la circulation est réellement moindre que celle des artères. Aussi, en admettant que c'est l'inflammation des vaisseaux sanguins qui a causé les symptômes mortels de la première observation, je pense qu'il faut les attribuer en grande partie aux artères et aux membranes du cœur enflammées. Dans les exemples d'inflammation simple des veines, rapportés par les auteurs (2), cette inflammation n'a amené la mort qu'après

(1) Les veines sous-hépatiques exceptées.

(2) Voyez la note sur l'inflammation de veines que M. *Bréchet* a insérée dans l'ouvrage déjà cité de M. *Hodgson*.

avoir produit de grandes altérations dans ces vaisseaux, telles qu'un épaississement considérable de leurs parois, des rétrécissemens ou même des oblitérations de leur canal, etc., tandis qu'ici les veines étaient simplement rouges. Dans la première observation, comme dans d'autres cas où les artères seules étaient enflammées, les symptômes n'en ont pas été moins rapidement mortels. Quant à l'inflammation des membranes internes du cœur, qui, ainsi que celle des veines, complique très-souvent l'artérite, on conçoit qu'elle doit singulièrement ajouter à la gravité de cette dernière, et on le conçoit d'autant mieux, que, lorsqu'elle est intense, elle est presque toujours accompagnée d'un ramollissement remarquable du cœur.

III.e OBS. *Inflammation des vaisseaux artériels et veineux des membranes internes du cœur à la suite d'une opération de cancer au sein.* Elisabeth, âgée de 49 ans, d'une bonne constitution, entra à l'Hôtel Dieu le 3 juin 1818, pour une tumeur cancéreuse au sein droit, compliquée de quelques engorgemens glanduleux à l'aisselle du même côté. Malgré cette dernière circonstance, qui devait ajouter à la difficulté de l'opération, la malade, étant bien disposée d'ailleurs, fut opérée le 9 juin. L'opération fut longue et douloureuse; l'extraction des tumeurs de l'aisselle nécessita une dissection lente et soignée, pour éviter l'artère axillaire. Une fièvre vive se manifesta dès le soir même : peau chaude et moite; pouls dur et fréquent; soif vive; langue rouge, sèche sur les bords, recouverte au milieu d'un enduit blanc-jaunâtre, tantôt sec, tantôt humide; sueurs pendant la nuit.

A ces symptômes se joignit le lendemain une douleur rapportée à la tête et tout le long de la partie moyenne et postérieure du tronc. Malgré une saignée d'une palette et demie, et un prgatif qui procura des selles copieuses, ils persistèrent sans changement sensible jusqu'à la levée du premier appareil, le quatrième jour de l'opération. Alors ils parurent diminuer; la douleur verticale du tronc cessa même entièrement; mais il en survint une autre

dans la région lombaire, et un érysipèle ne tarda pas à s'y développer.

Le cinquième jour, retour des symptômes fébriles à leur première intensité, et en outre, douleur vive à l'épigastre; nausées; selles verdâtres non provoquées; augmentation de l'érysipèle. (Eau gom.)

Le septième, l'érysipèle occupait presque toute la partie postérieure du tronc et les environs de la plaie: découragement; sentiment de faiblesse; difficulté très-grande des mouvemens; langue blanche et sèche; constipation; toujours fièvre vive.

Le huitième au matin, même état, (30 sangsues sur l'érysipèle.) Le soir, diminution de l'inflammation; augmentation de la faiblesse; pouls plus petit, moins fréquent, conservant toujours sa vivacité; langue humide et moins chargée; cessation de la céphalalgie et de la douleur épigastrique; mouvemens plus difficiles; parole gênée.

Le neuvième, même état, et de plus accablement, somnolence.

Le dixième, une douleur vive se manifesta dans le côté gauche; mais elle disparut aussitôt après une application de 20 sangsues sur ce côté. Du reste, même état.

Le onzième, l'assoupissement fut presque continuel; la langue, toujours humide, prit une une teinte violacée; la peau était un peu chaude et moite. (Lavem.; sinapismes.)

Le douzième, respiration extrêmement douce; pouls insensible; peau peu chaude, sèche, terreuse. (Décoc. de val.)

Le treizième, l'érysipèle, qui avait insensiblement abandonné le tronc, parut au cou. Les extrémités étaient froides. (Un vés. de de chaq. côté du cou.)

Le quatorzième, disparition totale de l'érysipèle; mouvemens musculaires extrêmement difficiles.

Le quinzième, même état. (On remplaça la valériane par le petit-lait.)

Le seizième, extrémités glacées; peau couverte d'une sueur visqueuse; assoupissement plus profond; prostration extrême; respiration très-rare; mort à trois heures de l'après-midi.

Ouverture du cadavre vingt-cinq heures après la mort.

Une demi-cuillerée de sérosité rouge se trouvait dans le péricarde. Le tissu du cœur était brun-jaunâtre, mou, facile à déchirer. Ses membranes internes offraient une belle couleur rouge foncée, un peu livide à droite. Une rougeur, plus intense encore, colorait la surface interne de l'aorte et de toutes ses branches, jusqu'au-delà des artères radiales, pédieuses et cérébrales. Cette couleur ne dépassait pas la membrane interne dans les grosses artères; mais elle occupait toute l'épaisseur des parois des artères secondaires. L'aorte était presque vide de sang; sa membrane interne était généralement épaissie. Les ramuscules artérielles, qui rampent à la surface externe de l'aorte, étaient très-injectées.

Les principales veines étaient rouges.

On trouva un peu de sérosité rougeâtre dans chaque plèvre, ainsi que dans chaque ventricule du cerveau. Du reste, on ne put découvrir la moindre altération dans les autres organes, examinés tous, sans exception, avec le plus grand soin.

Réflexions. Après la lecture des deux premières observations, on ne doutera pas, je pense, que les vaisseaux n'aient réellement été enflammés dans la troisième. La rougeur, dans ce dernier cas, ne s'étendait pas, il est vrai, à toute l'épaisseur des gros troncs artériels; il n'y avait pas de pus épanché entre leurs tuniques; la membrane interne, quoique généralement épaissie, n'offrait pas ces tumeurs dues à un épaississement partiel plus considérable : mais comme, à cela près, dans les trois cas, la membrane interne offrait absolument le même aspect, il est évident que, dans les trois cas, c'était la même lésion, seulement à un degré différent.

Quatre circonstances sont à remarquer dans cette troisième obser-

vation ; 1.° l'opération et ses douleurs ; 2.° la fièvre vive, développée aussitôt après, et qui a duré dans toute son intensité jusqu'au huitième jour, aussi-bien que l'érysipèle qui l'accompagnait ; 3.° la nouvelle série de symptômes, qui, à dater de cette époque, ont graduellement augmenté jusqu'à la mort, tandis que la fièvre et la phlegmasie cutanée diminuaient de jour en jour pour disparaître entièrement ; 4.° l'intégrité de tous les organes, sauf l'inflammation générale des artères, des veines, et des membranes internes du cœur.

On ne contestera pas que l'opération n'ait dû porter une vive irritation sur le système nerveux et sanguin : de là la fièvre, de là l'érysipèle, qui, à son tour, n'a fait qu'ajouter à l'irritation des vaisseaux sanguins ; puisque le propre des phlegmasies cutanées un peu étendues est d'exciter ou d'entretenir la fièvre. Mais les vaisseaux trop irrités ont fini par s'enflammer eux-mêmes (1) : et n'est-ce pas à cette inflammation qu'on doit attribuer la cessation de la fièvre si continue jusqu'alors, la diminution progressive de l'érysipèle, la difficulté des mouvemens, la faiblesse toujours croissante et la mort ? Si la mort n'a pas été aussi prompte dans ce cas que dans les deux autres, c'est probablement parce que dans les gros vaisseaux l'inflammation était bornée à la tunique interne. Quant à la somnolence dans laquelle la malade était plongée pendant la dernière période de sa maladie, elle s'explique assez par la petite quantité de sérosité rouge qui s'épanchait dans les ventricules.

IV.e obs. *Inflammation des systèmes artériel et veineux, des membranes internes du cœur, compliquée d'une entérite et d'un engorgement hémoptysique.* Catherine Gérard, âgée de soixante-treize ans,

(1) Il ne faut pas confondre l'irritation avec l'inflammation : la première est cause, la deuxième effet.

d'une constitution molle, mais assez forte, fut portée à l'hôpital Necker le 4 juin 1819. Elle était sortie depuis quinze jours de l'Hôtel-Dieu, où elle était restée pendant deux mois pour une fluxion de poitrine qui lui avait fait cracher beaucoup de sang. Rentrée chez elle, elle n'avait pu reprendre ses occupations ordinaires, à cause d'une assez grande gêne dans la respiration, et d'une toux accompagnée de crachats sanguinolens. Depuis trois jours ces symptômes avaient singulièrement augmenté, et il s'y était joint une très-grande faiblesse et une douleur dans la région précordiale.

Au moment de son entrée, elle présentait l'état suivant : *decubitus supinus*, respiration un peu plus gênée que dans l'état naturel ; toux assez fréquente, accompagnée d'une douleur obtuse dans la partie inférieure droite de la poitrine, et d'une autre plus forte dans la région précordiale ; crachats peu consistans, spumeux, gris, avec des taches d'un sang presque noir ; poitrine sonore partout, si ce n'est dans l'endroit de la douleur de côté. Je m'assurai, au moyen du *stéthoscope* (1), que la respiration se faisait bien, excepté dans ce même endroit ; là se faisait remarquer un *râle muqueux* qu'on entendait également dans presque toute l'étendue du côté droit de la poitrine. Les mouvemens du cœur, irréguliers et très-fréquens, donnaient une *impulsion* très-forte à droite. Le pouls était irrégulier, intermittent, et bien inférieur pour la force aux battemens du cœur. La veine cervicale sous-cutanée droite était très-tuméfiée, tandis que celle du côté opposé paraissait à peine. Face légèrement livide ; langue humide, ramassée, un peu noirâtre à son centre ; anorexie, ventre naturel, constipation ; faiblesse générale, telle, que la malade pouvait à peine se mettre sur son séant.

D'après l'ensemble de ces symptômes, je jugeai qu'il y avait

(1) Cette exploration de la poitrine est encore peu connue de la plupart des médecins. On en trouvera les détails dans l'ouvrage actuellement sous presse de M. *Laennec*, dont je me glorifie d'être l'élève.

engorgement hémoptysique du lobe inférieur du poumon droit, et maladie aiguë du cœur. (10 sangsues sur la région de cet organe; inf. b.; look gom.)

Il n'y eut qu'un faible soulagement pendant la nuit.

Le lendemain, M. *Laennec*, à sa visite, constata l'état de la poitrine, et porta le même diagnostic. (Saignée de 2 palettes.)

Le troisième jour, les battemens du cœur paraissant plus forts, et la douleur précordiale étant toujours la même, on prescrivit encore douze sangsues au creux de l'estomac.

Le quatrième jour, point de changement remarquable, si ce n'est un abattement extrême des forces.

Le cinquième jour, sur les trois heures de l'après-midi, il y eut un violent accès d'orthopnée qui dura environ une heure, et pendant lequel les battemens du cœur étaient extrêmement forts, quoique le pouls conservât toujours les mêmes caractères. (Saignée d'une palette.) Cet accès fini, la respiration resta plus gênée qu'auparavant; le pouls était presque insensible, la prostration extrême, la voix éteinte, et la face très-livide. Mort à sept heures du soir.

Ouverture du cadavre trente heures après la mort.

Habitude extérieure. Couleur violette de la face; infiltration séreuse, générale et commençante de tout le système cellulaire.

Appareil respiratoire. Cinq à six onces de sérosité limpide dans chaque plèvre. Poumon gauche parfaitement sain, ainsi que les deux lobes supérieurs du poumon droit. Le tiers moyen du lobe inférieur de ce poumon offrait un tissu brun-rouge foncé, flasque, presque privé d'air. Dans cette partie du lobe existaient trois bandes, occupant ensemble un espace de deux travers de doigts, composées d'un tissu assez ferme, d'un brun noirâtre, assez analogue à celui du corps caverneux, et évidemment formé par du sang épanché. Immédiatement au-dessous de ces bandes, tout-à-fait vers le milieu du bord inférieur et externe du lobe, le tissu

pulmonaire, dans l'étendue d'un pouce, était plus dense, entièrement privé d'air, d'un brun-jaune foncé ; il présentait tout-à-fait l'aspect des couches sanguines les plus extérieures d'un anévrisme ancien, à une plus grande dureté près.

Appareil circulatoire. Deux ou trois onces de sérosité rougeâtre se trouvait dans le péricarde. Le cœur, d'un volume proportionné à la stature du sujet, avait une couleur brune-livide obscure, et se déchirait à la moindre pression. Les parois de ses cavités étaient assez minces ; la membrane interne et les valvules étaient épaissies, et d'un rouge livide. L'aorte et toutes ses branches, jusque dans les dernières ramifications, offraient une couleur écarlate des plus vives. La rougeur était interrompue dans la portion ascendante et thoracique de l'aorte par plusieurs points d'ossification commençante, isolés et jaunâtres comme à l'ordinaire. Cette rougeur ne se bornait pas à la membrane interne, qui était ramollie et inégalement épaissie ; elle s'étendait aux deux autres membranes : de sorte qu'à l'extérieur les artères étaient à peu près aussi rouges qu'à l'intérieur. Le tissu cellulaire qui les environne était lui-même très-rouge, épaissi, et se déchirait avec la plus grande facilité. En raclant la surface interne des artères crurales ou brachiales, qui étaient d'un rouge plus foncé que l'aorte elle-même, on détachait une petite quantité de sérosité sanieuse, grisâtre, et de petits lambeaux d'un blanc jaunâtre, très-ressemblans à de l'albumine concrète. Ces petits lambeaux étaient très-adhérens à la membrane, et semblaient faire corps avec elle. Partout les parois artérielles se décomposaient très-facilement en une multitude de feuillets qui se déchiraient au moindre effort.

Les gros troncs veineux offraient les mêmes altérations. Toute l'épaisseur des sinus de la dure-mère était aussi d'un rouge foncé.

Appareil digestif. La parois postérieure du pharynx était d'un rouge foncé, surtout à la partie supérieure où cette paroi était presque noire et se déchirait à la moindre pression. Cette rougeur

se propageait dans le larynx, où elle diminuait insensiblement, pour disparaître tout-à-fait dans la trachée. L'œsophage était très-rouge dans toute l'épaisseur de ses parois. La membrane muqueuse de l'estomac, rouge dans le grand cul-de-sac, avait sa pâleur ordinaire dans le reste de son étendue. Au-delà du duodénum la muqueuse digestive reprenait sa rougeur, et la conservait dans toute l'étendue de l'intestin grêle. Mais cette rougeur, très-foncée dans quelques endroits, dépendait en grande partie de celle des vaisseaux sous-séreux, considérablement injectés. La membrane muqueuse du gros intestin avait sa couleur ordinaire.

La rate, peu volumineuse, pouvait se réduire facilement en bouillie par la pression. Un kyste séreux, de la grosseur d'une orange, se trouvait à l'extrémité de la trompe droite.

Tête. L'arachnoïde, tant extérieure qu'intérieure, était mouillée d'une petite quantité de sérosité limpide. Les vaisseaux de l'encéphale étaient d'une mollesse extrême, et rouges comme ceux des autres organes; du reste, l'encéphale était sain. La moelle épinière n'a pas été examinée.

Réflexions. La maladie pour laquelle cette femme est restée à l'Hôtel-Dieu était évidemment une hémoptysie, qui a laissé après elle un engorgement chronique et partiel du poumon. C'est cet engorgement, formé en grande partie par un veritable épanchement sanguin, qui a empêché le rétablissement de la malade après sa sortie de l'Hôtel-Dieu. Trois jours avant qu'elle n'entrât à l'hôpital Necker, s'est développée, par des causes inconnues, une nouvelle maladie. Elle consistait en une inflammation générale des artères et des veines, des membranes internes du cœur, et peut-être du cœur lui-même. C'est à cette inflammation, tellement vive, qu'elle s'était propagée au tissu cellulaire qui environne les vaisseaux, qu'on doit rattacher les principaux symptômes observés : la douleur dans la région précordiale, l'irrégularité du cœur et du pouls, la force de l'un, la petitesse de l'autre, la livi-

dité de la face, la faiblesse toujours croissante. L'inflammation vasculaire était compliquée de deux autres affections : d'une part, l'engorgement sanguin du poumon, qui est resté stationnaire, et qui, grâces au *stéthoscope*, a été parfaitement reconnu sur le vivant ; de l'autre, une inflammation de presque tout le tube intestinal, très-intense dans le pharynx et l'œsophage, à peu près nulle dans l'estomac et le duodénum, mais assez vive dans l'intestin grêle, quoiqu'une partie de la rougeur qui la caractérisait tînt à celle des vaisseaux sous-séreux. Pourquoi, malgré l'existence de cette dernière inflammation, ne s'est-il manifesté aucun symptôme d'angine ou d'entérite?....

Dans les trois observations précédentes il n'y avait pas de pus épanché entre les tuniques de l'aorte, comme cela a eu lieu dans la première, et dans celle dont parle M. *Hodgson*. Je n'ai rencontré qu'une seule fois cet épanchement, et je pense que ce n'est pas le mode ordinaire de suppuration dans l'artérite. De même que les membranes séreuses, la membrane interne des artères a une singulière tendance à l'inflammation adhésive. Comme cette membrane est toujours la première qui s'enflamme, et comme l'inflammation en est toujours plus vive que celle des deux membranes externes, c'est par l'exhalation d'une sérosité plus ou moins concrescible à l'intérieur des vaisseaux que l'artérite doit ordinairement se terminer, lorsque sa terminaison a lieu par suppuration.

Si la sérosité exhalée est fort peu concrescible, elle se mêlera au sérum du sang; et c'est pour cela qu'on peut très-rarement constater la suppuration de la membrane interne des artères, qu'on trouve rouge à l'ouverture des cadavres. Un fait, quoique incomplet, me paraît concluant à cet égard. Une femme âgée de soixante ans, mourut le 1.er juin 1818, à l'hôpital Necker, avec tous les symptômes d'une maladie du cœur. Les deux ventricules, le droit surtout, étaient *hypertrophiés* et dilatés; la membrane interne qui tapisse leurs cavités offrait une rougeur intense.

Dans ces cavités se trouvaient des concrétions polypiformes : l'une d'elles, située à la pointe du ventricule droit, paraissait différente des autres par un tissu rougeâtre, mollasse, ayant quelque ressemblance avec celui de la rate. En détachant cette concrétion, on vit manifestement s'écouler de l'endroit de son adhérence une petite quantité de pus légèrement séreux. Les artères et les veines ne furent pas examinées. Il est clair que cette dernière concrétion existait avant la mort, car le pus qu'elle retenait n'a pu se former après. Si donc la membrane interne, qui était partout également rouge, n'a laissé voir du pus qu'au sommet du ventricule droit, c'est que là seulement elle n'était pas en contact avec le sang.

Lorsque la sérosité exhalée est très-concrescible; on trouve la membrane interne des artères tapissée par de très-petits lambeaux albumineux jaunâtres, ou bien par une fausse membrane plus ou moins épaisse. J'ai vu deux exemples du premier cas ; l'un d'eux a été rapporté plus haut (obs. IV). Dans l'ouvrage déjà cité de M. *Hodgson*, on trouve un exemple du deuxième cas, qui lui a été communiqué. « Tous les viscères thoraciques portaient des « traces de l'inflammation aiguë la plus violente, et cette inflam- « mation s'était également étendue à l'aorte, dont la membrane « interne offrait une couleur rouge foncée (1), et qui offrait un

(1) Dans le petit nombre de cas où M. *Hodgson* a reconnu une inflammation des artères, la surface interne de ces vaisseaux s'est toujours trouvée d'un rouge foncé. Néanmoins M. *Hodgson* pense que la couleur rouge foncée que présente souvent cette surface interne à l'ouverture des cadavres ne dépend pas d'une inflammation. Il donne pour raison que cette rougeur ne s'étend pas au-delà de la tunique interne, qu'elle n'est accompagnée d'aucun épanchement lymphatique, ni de l'épaississement des vaisseaux. Mais, en raisonnant de la sorte, il faudrait aussi admettre que l'estomac, par exemple, n'est pas enflammé lorsque la membrane interne présente seule de la rougeur, et l'on ne devrait reconnaître l'inflammation qu'à son dernier degré. Toutes les fois que j'ai observé une vive rougeur de la membrane interne des artères, cette membrane m'a toujours paru

« épanchement lymphatique très-considérable dans sa cavité. La « lymphe épanchée était unie d'une manière intime à la mem- « brane interne du vaisseau, et une partie était passée jusque dans « l'artère sous-clavière, qu'elle oblitérait tout entière ». M. *Hodgson* dit avoir lui-même observé trois fois un pareil épanchement lymphatique, mais moins considérable que celui-ci. L'observation suivante en est un exemple remarquable.

V.ᵉ Obs. *Gangrène du membre abdominal droit par suite d'une inflammation de l'artère et de la veine crurale, avec formation d'une fausse membrane dans l'intérieur de l'artère.* Geneviève Bourgeois, âgée de soixante-douze ans, entra à l'Hôtel-Dieu le 26 avril 1817 dans l'état suivant : le pied droit et les quatre cinquièmes inférieurs de la jambe étaient froids, insensibles, et d'un rouge violet, excepté l'épiderme du talon, dont la couleur n'était pas altérée, et les orteils, qui étaient noirâtres. La rougeur livide se terminait en mourant à la jarretière ; au-delà, le membre reprenait insensiblement sa chaleur et sa sensibilité naturelle. Les battemens de l'artère crurale droite moins forts, mais aussi fréquens, au pli de l'aine, que ceux de l'artère crurale gauche, ne se faisaient plus sentir deux pouces au-dessous. Là commençait un engorgement dur, arrondi, peu douloureux, sans changement de couleur à la peau, et qui dessinait le trajet de l'artère jusqu'à la partie inférieure de la cuisse. Anorexie, langue rouge et sèche, soif peu vive ; douleur à l'épigastre ; peau médiocrement chaude ; pouls fréquent, peu développé, intermittent à de longs intervalles.

La malade rapporta que le 9 avril, à la suite d'une pleurésie qui avait duré cinq semaines, son pied droit, sans jamais avoir été douloureux, devint tout à coup insensible et d'un rouge livide ;

---

sensiblement épaissie. Au reste, M. *Hodgson* finit par dire qu'il ne sait si l'on doit regarder cet état de vaisseaux comme une apparence morbide, ou comme un changement survenu après la mort.

elle ajouta que le mal avait ensuite rapidement gagné la jambe, en lui occasionnant des souffrances cruelles. (*Prescr.* fom. eau-de-vie camp.; pot. cord.)

Du 26 avril au 17 mai, la gangrène de la jambe, après avoir été quelques jours stationnaire, fut bornée par un cercle inflammatoire peu intense. Bientôt une solution de continuité, fournissant un pus sanieux, commença à séparer le mort d'avec le vif. En même temps la langue était moins sèche, et la soif diminua.

Du 17 au 19 mai, le reste de la jambe, qui jusqu'alors était resté sain, devint froid et insensible. Somnolence, affaissement des traits de la face, abattement extrême, langue pâle et humide, pouls faible et très-fréquent; respiration fréquente.

Le 20, la prostration était moindre.

Du 21 au 26 mai, gonflement de la cuisse, qui devint insensible et livide; pouls très-fréquent, petit et intermittent; prostration extrême, face cadavéreuse, voix éteinte; facultés intellectuelles libres.

Le 27, le pouls cessa d'être intermittent, et la prostration augmenta encore. Le lendemain la malade mourut.

A l'ouverture du cadavre, faite trente-six heures après la mort, on ne trouva aucune altération dans les organes splanchniques.

L'artère fémorale était saine dans l'étendue de deux pouces au-dessous de l'arcade crurale. A partir de là jusqu'à la partie inférieure de la cuisse, les parois de l'artère étaient épaissies et semées de quelques points d'ossification. Le canal se trouvait rétréci, et même oblitéré dans quelques endroits par un épaississement partiel plus considérable. Vers la partie supérieure de la cuisse, une fausse membrane, d'un gris blanc-jaunâtre, homogène, parfaitement analogue à celle qui se forme quelquefois dans la trachée, occupait une étendue de deux pouces environ; elle adhérait assez intimement à la surface interne de l'artère, dont elle ne remplissait pas entièrement la cavité. Cette surface interne était rouge, excepté

dans l'endroit de la fausse membrane. Dans tous les points où le canal n'était pas oblitéré, il contenait une matière liquide, sanieuse; la veine crurale offrait absolument les mêmes altérations que l'artère, à la fausse membrane près; le tissu cellulaire qui les environne était épaissi et infiltré; les autres vaisseaux de la cuisse étaient sains.

C'est à un épanchement albumineux dans l'intérieur de l'artère qu'est due la guérison des anévrismes, obtenue par la compression ou la ligature. Le point du vaisseau lié ou comprimé s'enflamme : de là l'exhalation d'une sérosité qui se concrète, se condense, s'organise, et unit les parois artérielles. N'est-ce pas ainsi que l'hémorrhagie s'arrête dans certains cas où d'assez gros vaisseaux n'ont pas été liés? N'est-ce pas ce qui la prévient dans les abcès d'organes très-vasculaires, dans ceux du poumon, par exemple? L'inflammation locale, produite par la compression ou la ligature, se propage quelquefois le long de l'artère, dans une étendue considérable. M. *Hodgson*, après la ligature de l'artère fémorale, a vu cette inflammation s'étendre jusqu'au cœur. Au rapport du même praticien, MM. *Cline* et *Albertini* ont observé le même cas. On a vu la rougeur se communiquer aux artères hypogastriques après la ligature du cordon ombilical. (Oehme, *Diss. de morb. recens-nat., infantum chirur.*, Lips., 1773.) En disséquant le moignon de plusieurs amputés, morts peu de temps après l'opération, j'ai moi-même eu occasion d'observer cette extension de l'inflammation locale des vaisseaux. Dans un cas, l'artère fémorale s'offrit rouge jusqu'au pli de l'aine, et sa surface interne, près de son extrémité coupée, était enduite d'une matière purulente visqueuse; la veine correspondante était saine. Dans un autre cas, la rougeur de l'artère était peu marquée, et cessait à deux pouces au-dessus de la plaie; la veine correspondante, au contraire, pleine de pus à son extrémité inférieure, offrait une rougeur intense, qui s'était propagée jusqu'à la veine-cave. La surface interne des veines iliaques et crurales du côté opposé était blanche.

Ne pouvant rapporter ici toutes les observations d'artérite que j'ai eu occasion de recueillir, je me contenterai d'en offrir le résultat dans quelques propositions générales. Mais je dois auparavant jeter un coup-d'œil sur ce qu'on trouve dans les auteurs relativement au sujet qui m'occupe.

J'ai déjà parlé des observations de M. *Hodgson*. Arétée (*de caus. et signis morb. acut.*, t. 2, c. 8; *et de eorum curat.*, t. 2, c. 7.) donne les symptômes et le traitement de l'inflammation de l'aorte : mais il ne paraît pas qu'il en ait constaté l'existence par l'ouverture cadavérique. Boerhaave (*Prælect. ad instit.*, §. 827) a vu une inflammation des artères sur un bœuf qui s'était échappé des mains du boucher, et qui ne fut repris qu'après avoir été forcé à la course. Morgagni (*de sed. et caus. morb.*, epist. xxvj, n.° 36) parle d'un homme âgé de soixante ans qui mourut au milieu d'une quinte de toux. Il avait paru jusqu'alors asez bien se porter, quoique sujet depuis long-temps à une légère orthopnée, accompagnée d'une toux peu fréquente. A l'ouverture du cadavre on trouva tous les organes de la tête et de la poitrine sains, excepté l'aorte, qui était « *colore ex atro rubens, ut si quâdam inflammatione esset affecta.* » Le ventre ne fut pas examiné. *Morgagni*, sans oser toutefois l'affirmer, pense que cette inflammation pourrait bien avoir causé la mort du malade. Franck (*de cur. hom. morb.*, *Epitom. contin. infl.*) assure avoir vu, dans les fièvres inflammatoires violentes, non-seulement les artères, mais encore les veines « *internâ superficie undique profundè rubentes et inflammatas.* » M. *Portal* (Cours d'anat. méd.) a observé une violente inflammation des artères chez un homme qui mourut quelques jours après la répercussion de la rougeole. L'aorte thoracique était très-rouge, tuméfiée et molle; la membrane interne, près du diaphragme, était particulièrement gonflée et ramollie. Enfin M. *Patissier* (note de M. *Bréchet* déjà citée) a vu, sur un sujet mort de tétanos, une rougeur intense des principaux vaisseaux sanguins et des membranes internes du cœur.

Quelques propositions sur l'inflammation du système artériel.

Le système artériel est susceptible d'une inflammation générale comme d'une inflammation partielle. L'inflammation générale est très-fréquente (1). Elle a été observée dans toutes les saisons et dans tous les âges, mais plus souvent chez l'adulte et le vieillard, presque jamais chez des sujets d'une constitution scrophuleuse tranchée. Les douleurs vives et prolongées, tout ce qui ébranle violemment le système nerveux et sanguin, les phlegmasies très-douloureuses, ou qui entretiennent une fièvre vive et continue, l'irritation locale médiate ou immédiate des artères, sont autant de causes de l'artérite. Il doit y en avoir beaucoup d'autres encore inconnues.

Les caractères anatomiques de cette phlegmasie varient selon ses divers degrés.

Premier degré. Couleur rosée de la couche la plus superficielle de la membrane interne des artères avec des bandes longitudinales ou plaques arrondies, circonscrites, d'un rougeur intense. Lorsque cette rougeur est très-foncée, non-seulement elle occupe toute l'épaisseur de la tunique interne, mais encore elle peut s'étendre à la moyenne, et la tunique externe présente alors un réseau vasculeux très-injecté. L'aorte seule est ordinairement affectée dans ce degré, et elle peut l'être dans une portion plus ou moins considérable de son étendue.

---

(1) Sur quatre-vingt-un sujets morts pendant le premier semestre de 1818 dans les trois salles de chirurgie de l'Hôtel-Dieu de Paris, vingt-huit ont présenté la rougeur des artères à différens degrés. C'est M. *Rousseau*, mon ami, un de ceux qui tenaient alors le cahier d'anatomie pathologique, qui m'a communiqué ce résultat.

Deuxième degré. Les plaques ou bandes rouges observées dans le premier sont réunies, et donnent à la membrane interne, dans toute son épaisseur, une rougeur écarlate plus ou moins vive, tirant quelquefois sur le violet foncé (1). Cette membrane est généralement un peu épaissie ; et, dans les endroits où la rougeur est le plus intense, elle offre un épaississement partiel plus considérable. Sa structure a subi une modification remarquable ; elle est devenue si molle, que le moindre frottement suffit pour la déchirer. Elle se décompose, bien plus facilement que dans l'état naturel, en plusieurs petits feuillets dont les surfaces correspondantes paraissent aussi lisses que la surface interne de l'artère rougie. En détachant ces feuillets, on rompt de petits filamens extrêmement ténus qui les unissent. Cette décomposition laminaire est d'autant plus facile, et les lamelles qu'on peut obtenir sont d'autant plus nombreuses que la membrane interne est plus épaissie. Si cette membrane présente des points d'ossification, ces points conservent leur couleur jaunâtre ordinaire. Dans ce deuxième degré, l'inflammation peut se borner à l'aorte et aux troncs principaux, ou bien s'étendre aux artères secondaires. Une seule fois je l'ai vue se borner à l'artère pulmonaire et à ses principales divisions.

Troisième degré. Les tuniques moyenne et externe des artères participent à la rougeur de la tunique interne, moins dans l'aorte

---

(1) Quoique convaincus par beaucoup de raisons que la rougeur des artères n'était pas un phénomène cadavérique, nous avons tenté, M. *Rousseau* et moi, quelques expériences à ce sujet. 1.° Nous n'avons jamais pu développer cette couleur par la macération, comme le dit *Bichat* (Anat. gén., t. 1, p. 317) ; 2.° nous avons fait tremper des artères parfaitement blanches dans le sang d'artères très-rouges, et nous n'avons pas obtenu plus de résultat : dans un cas seulement où la putréfaction était très-avancée, l'artère prit assez promptement une teinte grise livide, et devint fétide.

et les gros troncs, à peu près également dans les branches et les rameaux. Ces deux tuniques ont aussi perdu de leur cohésion. Leur épaississement, d'ordinaire, est peu marqué. Les fibres qui composent la moyenne sont plus apparentes que dans l'état naturel; elles se séparent aisément lorsqu'elles ne présentent qu'une teinte rosée; mais lorsqu'elles sont d'un rouge foncé, le moindre effort suffit pour les rompre. Le tissu cellulaire qui environne immédiatement les artères est quelquefois lui-même très-rouge. Les filamens qui le constituent paraissent alors épaissis, et ils se déchirent avec la plus grande facilité. Ordinairement, dans ce degré, tout le système artériel est affecté.

Le premier degré de l'artérite est celui qui se rencontre le plus souvent; le deuxième est beaucoup moins fréquent; le troisième est plus rare encore.

Les artères rouges sont tantôt vides et tantôt pleines de sang.

L'inflammation du système artériel semble naître dans un point du système, et de là se propager, le long de la membrane interne, à toutes les artères. Ce point d'origine varie pour l'artérite de cause externe; mais dans l'artérite de cause interne, il paraît toujours avoir son siége dans l'aorte elle-même. Une circonstance remarquable de la propagation de cette phlegmasie, c'est que la rougeur, lorsqu'elle n'est pas générale, cesse ordinairement tout à coup, au lieu de se perdre d'une manière insensible. La même chose a lieu dans l'inflammation des veines.

Les symptômes de l'artérite sont encore difficiles à préciser, soit parce que les observations bien faites ne sont pas assez nombreuses, soit parce qu'il n'est guère possible d'isoler ces symptômes de ceux de l'inflammation des veines et des membranes internes du cœur. Mais je crois qu'on peut affirmer, contre l'opinion de *Franck*, qu'ils n'ont aucun rapport avec ceux des fièvres inflammatoires. Dans les cas les plus favorables que j'ai observés, j'ai presque toujours remarqué les symptômes suivans : sentiment de malaise

général et indéfinissable ; prostration plus ou moins rapide des forces ; petitesse, fréquence, irrégularité du pouls ; peau ordinairement sèche, terreuse, et peu chaude ; langue pâle, humide, violacée ; peu de soif ; quelquefois, mais très-rarement, une douleur verticale et profonde se dirigeant selon l'axe du corps, ou fixée dans la région ombilicale, ou bien encore dessinant dans les membres le trajet des artères. Lorsque les membranes internes du cœur sont enflammées, on remarque en outre une extrême irrégularité des mouvemens de cet organe, dont l'impulsion est très-forte (1). De pareils symptômes n'ont pas la moindre analogie avec ceux des fièvres inflammatoires.

L'artérite peut exister indépendamment de toute autre lésion. Très-souvent elle se trouve compliquée avec la rougeur des veines et des membranes internes du cœur, comme je l'ai déjà dit, ou bien avec d'autres phlegmasies, et particulièrement avec celles des membranes séreuses. Un phénomène bien digne de remarque (si de nouvelles observations le confirment), c'est que la phlegmasie artérielle semble paralyser pour ainsi dire les autres phlegmasies, et arrêter la fièvre qui les accompagne ; de sorte qu'à moins d'une mort prompte, on voit très-rarement coïncider avec une artérite au dernier dégré une autre inflammation intense. Que l'artérite soit simple ou compliquée, on trouve presque toujours de la sérosité rouge dans les cavités des membranes séreuses.

Cette phlegmasie, du moins pour les grosses artères, présente

---

(1) C'est ce qu'on a pu voir dans la quatrième observation. Malheureusement dans la troisième et la quatrième l'état physiologique du cœur n'a pas été constaté. Dans des cas d'inflammation simple des valvules et des membranes internes de cet organe, M. *Récamier*, médecin de l'Hôtel-Dieu, a observé l'impulsion très-forte et l'irrégularité extrême de ses mouvemens. A ces deux symptômes se joignaient un développement subit du *facies* propre aux maladies du cœur, une petitesse et une grande fréquence du pouls, qui se relevait promptement par de larges saignées. Je regrette de ne pouvoir rapporter ici une observation de ce genre, que M. *Récamier* a bien voulu me communiquer.

deux modes de terminaison par suppuration. Le premier, très-rare, consiste dans l'infiltration ou l'épanchement du pus entre les tuniques artérielles. Le deuxième, beaucoup plus fréquent, a lieu par l'exhalation d'une sérosité plus ou moins concrescible dans l'intérieur des vaisseaux.

L'inflammation locale des artères peut être chronique. Mais en est-il de même de l'inflammation générale?

Tout ce que j'ai dit de cette inflammation me paraît prouver que c'est une maladie fort grave.

Le traitement en est encore inconnu. Dans les observations que j'ai recueillies, on avait employé tantôt les antiphlogistiques, et tantôt les toniques.

HIPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Spontaneæ lassitudines morbos denuntiant. *Sect.* 2, *aph.* 5.

II.

Duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum. *Ibid.*, *aph.* 46.

III.

Ex morbo diuturno alvi defluxus, malum. *Sect.* 8, *aph.* 5.

IV.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum. *Sect.* 7, *aph.* 1.

V.

Ad summos morbos, summæ curationes diligentissimè adhibitæ optimè valent. *Sect.* 1, *aph.* 6.